



(FAVOR DE USAR LETRA DE MOLDE)

Apellido Primer Nombre Segundo Nombre Edad

Género: M/ F Raza Fecha de Nacimiento Mes/ Día /Año

Dirección Ciudad Estado Colonia o Fraccionamiento Código Postal Número de Teléfono

Nombre de la Mamá: Apellido de Soltera: Fecha de Nacimiento: Mes/ Día /Año Nombre del Padre:

TVFC ELEGIBILIDAD (Pts. 0-18 años SOLAMENTE)

PACIENTES DE 19 AÑOS O MAYORES

SEGURO MEDICO

- TVFC eligibility checkboxes: Tiene Medicaid, Tiene seguro de CHIP, No tiene seguro médico, Es Indio Americano o Nativo de Alaska, Está subasegurado, Tiene seguro privado que cubre las vacunas.

- Patient insurance options: No tiene seguro médico, Seguro médico privado (BC/BS, Aetna, etc...)

- Insurance status: Medicaid: Si No, Medicare: Si No, CHIP: Si No, WIC: Si No

HISTORIA MÉDICA

- Medical history questions 1-10 with Yes/No options: ¿El Niño/Adulto está enfermo?, ¿El Niño/Adulto es alérgico..., ¿Ha tenido el Niño/Adulto alguna reacción seria..., ¿Tiene el Niño/Adulto problemas respiratorios..., ¿Ha sufrido el Niño/Adulto algún ataque..., ¿Ha tomado el Niño/Adulto cortisona..., ¿Ha recibido el Niño/Adulto una transfusión..., ¿Esta la Niña/Adulta embarazada..., ¿Ha recibido el Niño/Adulto alguna vacuna..., ¿Su Niño/Adulto ha tenido varicela?

SI, ¿a qué edad? Mes / Día / Año

CONSENTIMIENTO DEL PADRE / TUTOR

Recibí o se me ofreció una hoja con información sobre cada vacuna (VIS). Conozco los riesgos de las enfermedades que cada vacuna previene. Conozco los beneficios y riesgos que estas vacunas tienen. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre las enfermedades, las vacunas y como son administradas las vacunas. Sé que la persona que esta recibiendo la vacuna la tendrá en su cuerpo para prevenir una enfermedad contagiosa. Soy adulto y puedo dar permiso legalmente para que le den la vacuna a la persona nombrada arriba. Por mi propia voluntad firmo y doy permiso para que le den esta vacuna.

¿Podremos contactarlo, ya sea por mensaje de texto o correo electrónico, para recordarle de futuras citas o recordatorios cuando una vacuna es necesaria? (cargos pueden aplicar dependiendo de su plan de teléfono celular) SI NO

Numero de Tel: E-mail

NOTA: Falsificar intencionalmente la información en este documento constituye un fraude. Al firmar el formulario, doy fe de que la información de arriba es verídica y correcta. Declaro que la persona antes mencionada es la persona autorizada y reúne los requisitos para recibir vacunas por medio del TVFC.

Certifico que he recibido una copia de la \*\*\* "Notificación de Practicas de Privacidad del Departamento de Salud Pública de El Paso" \*\*\*

Firma: Parentesco con el Paciente: Fecha